LA

DENT DE SIX ANS

(PREMIÈRE GROSSE MOLAIRE)

ACCIDENTS PATHOLOGIQUES DE SON ÉVOLUTION ET DE SON ÉRUPTION ET EN PARTICULIER
DE LA GINGIVO-STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE
UNILATÉRALITÉ DE CES COMPLICATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1908

PAR

Félix EYSSAUTIER

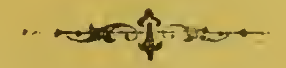
Né à Bellaffaire, le 10 mars 1884

EXTERNE DES HOPITAUX DE GRENOBLE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Adorable trembleuse, elle touche du doigt
Le point où va bientôt de la gencive rose,
Germer cette dent blanche objet de son effroi !

VICTOR MÜLLER.



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson
1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (*)
Clinique chirurgicale		TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (*)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (*)
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique		TRUC (*).
Chimie médicale		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales		RAUZIER.
Clinique obstétricale		VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique		de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, agr. libre
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *président*.	MM. VIRES, *agrégé*.
CARRIEU, *professeur*.	VEDEL, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A Sa Grandeur Monseigneur EYSSAUTIER

ÉVÊQUE DE LA ROCHELLE ET SAINTES

MON ONCLE

A MON PÈRE M. LE DOCTEUR EYSSAUTIER

A MA SOEUR

A MES ONCLES

F. BUCELLE ET DOCTEUR JAUBERT

A MES COUSINS

JAUBERT, CHAPOUILLY ET VOLLAIRE

F. EYSSAUTIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

A MES MAITRES

DE GRENOBLE ET DE MONTPELLIER

MEIS ET AMICIS

F. EYSSAUTIER.

LA

DENT DE SIX ANS

(PREMIÈRE GROSSE MOLAIRE)

ACCIDENTS PATHOLOGIQUES DE SON ÉVOLUTION ET DE SON ÉRUPTION ET EN PARTICULIER DE LA GINGIVO-STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE
UNILATÉRALITÉ DE CES COMPLICATIONS.

INTRODUCTION

La bouche, pour le médecin, n'est pas uniquement l'orifice d'entrée, le vestibule, c'est encore la première cavité de l'appareil digestif. Les organes dont elle se compose, offrent au clinicien un puissant concours pour lui permettre de rechercher la cause et d'établir le diagnostic d'une affection.

Or, les médecins comme les parents, ne regardant jamais la bouche des enfants dès qu'ils ont fait leurs molaires de lait, considèrent *les premières grosses molaires* comme faisant partie de la série temporaire des dents de lait et croient à leur caducité.

De là, ces opinions erronées ou contradictoires chez les médecins, les dentistes et même les anatomistes au sujet

de son éruption et le mystère qui semble planer sur les accidents d'évolution de cette dent.

C'est pourquoi nous avons cru bon de signaler des faits curieux et intéressants renfermant, d'une façon pour ainsi dire condensée, des accidents très peu connus.

En attirant l'attention du monde médical sur ce point de pathologie par trop ignoré et non mentionné dans les classiques, nous avons essayé de jeter un peu de clarté sur une question injustement restée dans l'obscurité, afin de fournir des matériaux qui, repris plus tard par des mains plus habiles et plus autorisées, pourront compléter une étude de clinique infantile.

Nous nous sommes donc efforcé de mettre en lumière des accidents capables d'égarer la sagacité d'un observateur, en rappelant que dans une période parfaitement déterminée, il se passe dans la bouche et dans le périmètre péri-buccal des phénomènes pathologiques, conséquence d'une éruption dentaire.

On ne l'a d'ailleurs pas assez fait remarquer ; ces deux époques, si pleines d'analogie, de six à sept ans et de dix-huit à vingt-cinq ans, constituent des périodes où s'accomplissent des transformations biologiques importantes : d'une part la seconde enfance, de l'autre l'âge adulte. La nature semble alors prendre soin de les marquer avec une maternelle sollicitude chez les premiers par le renouvellement des dents, chez les seconds par l'achèvement du système dentaire. Les changements et modifications produits alors dans l'organisme sont le résultat de lois qui agissent en silence mais d'une manière constante.

Ce n'est pas de la théorie que nous apportons ici et on ne pourra pas nous accuser d'avoir sacrifié au vain attrait d'innover et d'enrichir d'un chapitre, créé à plaisir, la pathologie de l'enfance.

La question que nous soulevons a vivement excité et sollicité notre intérêt, indépendamment de son importance, de son originalité, de sa nouveauté et de l'insuffisante exploration dont elle avait été l'objet.

Les troubles provoqués par cette dent n'ayant pas éveillé la curiosité ou la sagacité des cliniciens et étant restés dans l'ombre, méritaient d'être tirés de l'oubli et signalés parce qu'ils correspondaient à une période d'éruption très précise et aujourd'hui classique, mais d'un diagnostic difficile.

Les amateurs du paradoxe ont tenté sans succès, même devant l'Académie de médecine, de dénier à l'éruption des dents toute cause d'accidents pathologiques. Il ne nous paraît pas inutile de le rappeler, la recherche de la nouveauté ne saurait usurper la place d'un fait clinique.

« C'est à la clinique seule, dit Roger (1), qu'il faut demander la justification de cet éclectisme, à la clinique moderne et non pas à l'ancienne. Les juges les plus compétents sont les auteurs de bons écrits sur la matière et ont consigné dans des articles spéciaux les abondants et précieux souvenirs de leur clientèle de la ville et de l'hôpital. Tous ces praticiens experts sont d'accord pour admettre qu'un certain nombre d'accidents locaux ou généraux produits par voisinage ou par action réflexe sont imputables à l'évolution dentaire : chez quelques enfants, ils en ont vu, et bien vu, se développer en dehors de toute autre cause, au moment de l'éruption d'une dent, cesser aussitôt après la sortie, et récidiver semblablement à l'occasion d'une éruption nouvelle. »

Nier ces accidents, c'est nier l'évidence, disait Hérard,

---

(1) Roger, Rapport à l'Académie de Médecine, 1883.

tous les médecins les ont constatés au moment de l'éruption des dents et Charpentier de se ranger à l'avis de son collègue de l'Académie et d'affirmer à son tour que le travail de la dentition est bien la cause unique de la stomatite. Si l'on a pu reprocher avec quelque vraisemblance à nombre d'auteurs, d'avoir exagéré les accidents de la première dentition et d'avoir mis sur leur compte une foule de maladies imaginaires, on peut dire que la tendance du médecin à l'égard de la première molaire est inverse. Il ne l'incrimine jamais, car elle passe inaperçue : on l'ignore.

Quoique moins nombreux en apparence que ceux de la première dentition, ces accidents n'ont-ils pas leur place marquée dans la pathologie de la deuxième dentition où figuraient seulement les troubles provoqués ou entretenus par la dent de sagesse ? Leur nombre en indique l'importance. D'après notre statistique qui porte sur plus de vingt mille enfants, il atteint le chiffre de 20 pour cent.

Ce taux élevé étonnera sans doute, ces faits n'ayant pas d'existence pathologique reconnue et étant réputés rares. Cela tient uniquement à ce que ces accidents, peu soupçonnés, souvent ignorés, passent inaperçus et que le praticien, rarement consulté à cet égard, se méprend, les attribue à des causes diverses et les classe la plupart du temps sous une étiquette qui n'est pas la leur.

Nous n'avons pas la prétention de traiter à fond un sujet si difficile, encore plein d'obscurité et d'incertitude au point de vue de l'interprétation de certaines complications.

Par le modeste appoint de nos recherches personnelles et en rappelant celles de nos devanciers, du moins espérons-nous avoir contribué à éclairer d'un jour nouveau une question non classique de la pathologie de l'enfance.

Notre étude semblera peut-être trop incomplète. Que serait-elle donc si, abandonné à nos propres forces, nous avions dû avancer sans guide et sans autre ressource que nos connaissances par trop restreintes et de notre propre initiative ? Notre père a bien voulu nous aider de ses conseils et de son expérience.

C'est au docteur Eyssautier que revient sans doute le mérite d'avoir le premier, en 1886, présenté une description méthodique des accidents d'éruption de la première grosse molaire et d'avoir signalé les méprises qu'occasionne journellement l'interprétation de ces accidents. Pendant plus de 20 ans, il a continué ses recherches et poursuivi ses études sur cette question plus nouvelle alors qu'aujourd'hui.

Les circonstances l'ont d'ailleurs favorisé. Chargé pendant dix-huit ans, comme médecin inspecteur, du service dentaire municipal dans les écoles maternelles et primaires de la ville de Grenoble, il a trouvé là un champ d'observation idéal sur l'éruption de la dent de six ans. Ses premiers travaux se sont trouvés dès lors soumis à l'épreuve d'innombrables vérifications et ce contrôle en a été étendu aux deux sexes.

C'est pour nous un devoir bien doux et une filiale satisfaction, au début de cette étude, d'évoquer le souvenir de notre premier maître et il nous est particulièrement agréable de saisir l'occasion de notre travail inaugural pour lui exprimer ici nos meilleurs sentiments d'affection, de gratitude et de reconnaissance.

Attirer l'attention sur ces phénomènes particuliers et si intéressants de la pathologie dentaire de l'enfance, jusqu'ici un peu trop laissés dans l'ombre, en faire un rapide historique, en indiquer la cause en éclairant le point initial, exposer les phases des accidents et des complica-

tions, en décrire la pathogénie et le mécanisme, mettre en lumière les symptômes, en discuter et en établir le diagnostic, en signaler le pronostic, en limiter la marche et la durée, en exposer le traitement : tel sera l'objet de ce travail que nul, si nous ne faisons erreur, n'avait tenté encore.

HISTORIQUE

Si le cadre d'un historique n'est que le rapide exposé des travaux de nos devanciers, nous n'aurions pas à tracer un long tableau des documents légués par les anciens sur la première grosse molaire et les accidents de son éruption. Le laconisme de ce chapitre prouvera combien les longs sentiers du travail se trouvent souvent écourtés.

Dans l'ancienne littérature médicale, c'est l'œuvre des traités classiques d'autrefois où l'anatomie, la physiologie et la pathologie se coudoient pêle-mêle. Les recherches en sont plus difficiles, ces éléments étant d'ailleurs disséminés çà et là, très incomplets et fort peu nombreux.

Ces omissions de la part de vieux auteurs s'expliquent par l'état peu avancé des sciences médicales, de là ces notions incomplètes et erronées touchant la dent de six ans et la date de son éruption (4 ans 1/2, 5 ans, 6 ans, 7 ans et même 8 ans).

Les auteurs des quatre derniers siècles la mentionnent à peine, ne lui accordant guère d'attention et décrivent exceptionnellement la contemporanéité des accidents provoqués ou entretenus par son évolution. On ne s'en étonnera pas, si on considère qu'avant Cuvier (1805) la plupart des anatomistes, et non des moindres, avaient mal déterminé le nombre des dents de lait et comprenaient dans la pre-

mière dentition la première grosse molaire, soit vingt-quatre dents au lieu de vingt. L'incertitude et la confusion sur ce fait ont donné jour à de graves méprises et l'on comprend dès lors l'oubli ou l'obscurité dans lequel est restée cette dent dont la physiologie et la pathologie passaient nécessairement inaperçues et ignorées.

Qu'on en juge par les extraits suivants :

Bell (1) : « Dans l'enfance il y a 24 dents qui subsistent jusqu'à l'âge de 6 ans 1/2 à 7 ans. »

Bertin (2) croit que la deuxième molaire de lait doit être un jour la première grosse molaire et que la première molaire de lait doit être remplacée par deux petites molaires.

Bichat (3) : « A l'âge de 4 ans ou 4 ans 1/2 et quelquefois de 5 à 6 ans, toujours à une époque assez variable, se manifestent en bas, puis en haut, deux autres molaires qui complètent le nombre de 24 dents, formant la première dentition; toutes, en effet, tombent et sont remplacées par de nouvelles.

» Le mécanisme de l'ouverture des gencives n'est pas plus connu que le principe des accidents terribles qui se manifestent quelquefois alors.

» Remarquez cependant que la dernière dent, celle qui a percé à quatre ans, n'est point renouvelée ».

A titre de curiosité, nous n'avons pas hésité à présenter une pièce de vers, véritable description médicale. Cela semblera sans doute, à première vue, risqué et quelque peu audacieux.

---

(1) Bell, Cours complet de Chirurgie. Paris, 1796

(2) Bertin, Traité d'anatomie, Paris, 1730.

(3) Bichat, Anatomie descriptive, 1798.

C'est notre premier document historique, il représente à lui seul l'antiquité. Nous lui avons accordé une certaine valeur à raison de son époque et de son caractère de précision et d'originalité. Sa saveur poétique et médicale ajoute au charme de son origine un peu mystérieuse. On l'attribue à Martial.

EPITAPHIUM CANACES

Æolidon Canace jacet hoc tumulata sepulchro,
Ultima cui parvæ septima venit hyems.
Ah scelus! Ah facinus! Properas quid flere viator ?
Non licet hic vitæ de brevitate queri.
Tristius est letho lethi genus : horrida vultus
Abstulit, et tenero sedit in ore lues :
Ipsaque crudeles ederunt oscula morbi,
Nec data sunt nigris tota labella rogis.
Si tam præcipiti fuerant ventura volatu,
Debuerant aliâ fata venire viâ.
Sed mors vocis iter properavit cludere blandæ ;
Ne posset duras flectere lingua Deas.

EPITAPHE DE CANACÉ

« Ci-gît dans ce tombeau Canacé, de la famille des Eolides ; enfant, elle n'avait encore compté que sept hivers. O malheur ! ô barbarie ! Passant, qu'avez-vous tant à pleurer ? Il ne s'agit pas de s'attrister ici de ce qu'elle a peu vécu Son genre de mort fut plus affligeant que la mort même. Sa bouche a été le siège d'une horrible maladie, son tendre visage en a été la proie, et sa petite bouche n'a point échappé à ses cruels ravages. Aussi le noir bûcher n'a-t-il point reçu ses petites lèvres tout entières. Ah ! puisque le malheur devait venir d'un pas aussi précipité, il eût dû au moins se choisir une autre voie, mais la mort a voulu se presser de fermer le passage d'une voix caressante, pour que la langue ne pût fléchir les Parques inhumaines. »

Remarquons, en passant, que c'est exactement l'époque d'éruption de la première grosse molaire, si nous en croyons Juvénal :

cum septimus annus
Transierit puero, nundum omni dente renato
SATIRE 14.

Horridæ lues tenero sedit in ore, une horrible maladie de la bouche a frappé de mort un enfant de sept ans.

On peut penser évidemment à la diphtérie, au charbon, à l'anthrax, etc. Il ne peut être question ni du cancer, ni de la syphilis. Mais pourquoi pas la gingivo-stomatite ulcéro-membraneuse et le noma ?

Iter vocis désigne incontestablement la partie postérieure de la bouche siège de la première grosse molaire : Virgile dit : «*vox faucibus hæsit* ». Horace : «*tibi cum fauces urit sitis* ». Pline : « *summum gulæ fauces vocantur* ». Celse : « *interdum lingua faucesque cum calore intumescunt* ».

On peut du moins admirer la remarquable perspicacité d'observation et la peinture gracieusement fidèle du poète, malgré son réalisme.

Un des premiers, Hieronymus Mercuralis (1) signale l'éruption des premières grosses molaires et souligne la propriété caractéristique de ces dents de ne pas subir de remplacement : *numquam renascuntur*, dit-il. Il attribue à leur éruption des accidents identiques à ceux de la première dentition.

Puis, Jancké, *De Ossibus mandibularum puerorum*

---

(1) Hieronymus Mercurialis, *De Morbis puerorum*, Venetiis, MDCXV.

septennium, Leipzig, 1751, s'exprime à peu près dans le même sens dans une thèse inaugurale.

Avec Hunter (1), observateur sagace, la précision s'accentue. Il dessine déjà magistralement les notions d'anatomie et de pathologie.

« A l'âge de six ans, il n'y a plus guère que les parties affectées immédiatement qui souffrent. Il ne se manifeste qu'une sympathie purement locale, comme la tuméfaction de la joue du côté affecté.

» La douleur que cause la sortie d'une molaire est souvent excessive, l'inflammation locale est très intense et fréquemment de longue durée.

» Chez l'adulte, la douleur est souvent intermittente, présentant des retours fixes et réguliers. Cette circonstance fait souvent supposer qu'elle est de la nature des fièvres intermittentes. On prescrit aussi un traitement antirhumatismal. »

Mahon (2) effleure le sujet avec discrétion dans l'avertissement suivant : « Le premier avis concerne les pères et mères qui ont des enfants de 5 à 7 ans. On ne peut trop multiplier à leur égard l'invitation de faire visiter la bouche de ces enfants. »

Wendt (3) indique le caractère permanent de ces dents. Au sujet des accidents morbides qui accompagnent l'éruption des premières grosses molaires, il se tient sur une prudente réserve, comme un observateur quelque peu inexpérimenté. Au cas où cette apparition pourrait être

---

(1) Hunter, 1771.

(2) Mahon, *Le Dentiste observateur*, an VI.

(3) Wendt, *Die Kinder Krankheiten systematisch dargestellt*, Wien, 1827.

accompagnée d'accidents, de malaise général, ils sont, dit-il, généralement de peu d'importance.

Il faut savoir gré à cet auteur de les mentionner, malgré sa discrétion à cet endroit.

Delabarre (1), comme Hunter, est l'un des premiers maîtres de l'art dentaire à son époque; il décrit très complètement les accidents d'éruption de la première grosse molaire. « Appelé près d'un enfant de 5 ans et demi qui avait des convulsions, il examina la bouche et y aperçut une première grosse molaire permanente d'en bas prête à sortir. »

Il dit ailleurs : « L'odontocie difficile de quelques molaires provoque la buccalite, caractérisée par bouche âpre et chaude, légère ou grande céphalalgie, rougeur de la muqueuse, gonflement sanguin des gencives, ordinairement d'un seul côté seulement, de pulsation artérielle. Puis, les jours suivants gonflement et rougeur de la face et des lèvres qui sont sèches et quelquefois tremblotantes, dents enduites d'une matière jaunâtre et visqueuse, œil vif, grande céphalalgie, difficulté d'avaler, angine tonsillaire, langue épaisse, d'un blanc jaune, quelquefois de la toux. »

Gobelin (2) est très explicite au sujet des accidents de la première grosse molaire et son bulletin d'autopsie est très précieux pour l'époque.

« Sur les cadavres d'enfants de cinq à sept ans, morts pendant le travail de la seconde dentition, j'ai remarqué, par la suppuration qui existait dans l'oreille interne, qu'ils avaient été atteints d'otite.

---

(1) Delabarre, *Traité de la seconde dentition*. Accidents qui se manifestent pendant le développement de la seconde dentition, 1819.

(2) Gobelin, *Traité de chirurgie dentaire*, 1827.

» La nature semble, pendant le travail de la dentition, concentrer toutes les forces du sujet sur les organes dentaires : aussi voit-on alors se troubler toutes les autres fonctions de l'économie : l'appétit se perd, l'enfant devient morose, criard, irascible, il perd le sommeil, souvent il est triste, abattu et tombe dans un profond assoupissement. »

Maury (1) donne une bonne description des accidents provoqués par l'éruption des grosses molaires et fait mention des convulsions.

« L'enfant qui a échappé aux accidents de la première dentition, peut éprouver avec plus ou moins d'intensité ceux de la seconde. Le tissu des gencives, alors plus compact et plus dur, résiste davantage à la dent qui doit le traverser ; le gonflement est plus considérable, la rougeur très prononcée, la douleur excessive, les gencives très phlogosées et, comme cela arrive le plus ordinairement aux grosses molaires inférieures, il peut en résulter une irritation telle, qu'elle détermine des abcès.

» Dans tous les cas, on commence par ressentir dans la partie affectée, un sentiment de gêne et de tension douloureuse ; peu à peu les parties se gonflent et deviennent rouges : la joue qui leur correspond participe au gonflement, il s'y développe bientôt une plus forte chaleur et une extrême sensibilité qui augmente par le toucher et le mouvement de la mâchoire. Il survient de la céphalalgie, des horripilations, de l'insomnie, de l'accélération dans le pouls et un ensemble de symptômes qui caractérise l'état fébrile ; le gonflement s'étend jusqu'au col et aux oreilles ; il y a difficulté d'ouvrir la bouche,

(1) Maury, *Traité complet de l'art du dentiste*, 1828.

gène de la parole et de la mastication, salivation. On voit bientôt se développer dans le lieu primitivement affecté une augmentation de volume et de sensibilité avec des douleurs lancinantes.....

» Les convulsions affectent également les enfants gros, frais, colorés, forts et vigoureux et l'on a remarqué que c'est le plus ordinairement pendant l'éruption des grosses molaires qu'elles se déclarent.

» Elles sont plus ou moins étendues ; quelquefois elles sont bornées aux muscles des yeux et de la face, d'autres fois elles se propagent aux membres supérieurs et plus rarement jusqu'aux extrémités inférieures. »

Botot et Gresset attirent l'attention sur la sortie des molaires et notent la stomatite qui l'accompagne.

Botot (1) en fait l'objet d'un chapitre spécial sous le titre de : *Nouveaux soins pour l'éruption des molaires*.

« De nouveaux soins deviennent nécessaires dans la suite, après 2, 3 ou 4 ans, non seulement au moment de la sortie des molaires, mais même lorsque leur éruption se prépare. On peut appliquer ici les préceptes établis relativement au ramollissement et au relâchement des gencives pour la première dentition. Mais ces moyens sont quelquefois insuffisants, l'écartement des gencives doit être ici bien plus considérable par le volume de ces dents. Il est quelquefois nécessaire de les débrider. »

Gresset (2) décrit les maladies qui accompagnent le développement de la seconde dentition ou qui surviennent à cette époque.

« Aux maladies que nous venons de décrire, il faut

---

(1) M.-J. Botot, Soins à prendre pendant la dentition des enfants, 1837.

(2) Gresset, *Le dentiste des familles*, 1845.

ajouter la fluxion qui est quelquefois déterminée par la sortie des grosses molaires. Elle résulte de l'effort que font ces dents pour élargir les alvéoles qui doivent les loger et plus encore de celui produit par le déchirement des gencives qu'elles sont obligées de percer et qu'il faut quelquefois inciser. »

Guersant et Blache (1), ces deux maîtres de la pathologie infantile, apportent à nos idées une magistrale sanction :

« La stomatite ulcéro-membraneuse est rare dans la première enfance, et les enfants à la mamelle n'en sont presque jamais atteints. Elle est plus fréquente pendant le cours de la seconde dentition, et la sortie des grosses molaires paraît ne pas être sans influence sur sa manifestation et sur son siège plus habituel au niveau des dents postérieures et à la face interne des joues. »

Pour Bouchut (2), « le travail de la dentition exerce une grande influence sur l'apparition de la stomatite ulcéro-membraneuse. »

Dans une observation de Bertin, de Rennes (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1851), les maux de tête coïncidaient avec l'époque de la seconde dentition.

La carie des quatre premières grosses molaires dépendait du défaut d'emplacement suffisant et de l'écrasement de ces dents.

Gosselin avait l'habitude de rattacher l'existence des névralgies dentaires persistantes chez les jeunes sujets, à la difficulté de la seconde dentition.

---

(1) Pathologie infantile, 1845.

(2) Maladies de la seconde enfance

J. Tomes (1) mentionne la concomitance de l'âge, de l'éruption et de la stomatite, à l'abri de laquelle ne sont pas complètement les adultes, mais qui est une maladie presque spéciale de l'enfance entre 5 et 10 ans. Elle débute, dit-il, aux bords des gencives, plus souvent à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure et ordinairement d'un seul côté. Il y a gonflement avec congestion et état pustuleux. La coloration tourne au rouge vineux, elle est très saignante. A cet état succède l'ulcération qui s'étend profondément et, dans les cas graves, met à nu le collet des dents et la marge alvéolaire.

Pour Barthez et Rilliet (2), les accidents de la seconde dentition sont des névralgies, une toux très rebelle, insolite dans sa forme, se rapprochant de la coqueluche par les quintes, état congestif du visage, diarrhée, chorée, éclampsie, otite et stomatite ulcéreuse, etc., etc.

La stomatite ulcéreuse, dit Barrier (3), se remarque plus spécialement de 5 à 10 ans. Elle est plus fréquente pendant le cours de la seconde dentition, à laquelle nous accordons plus d'influence que ne le fait M. Taupin. Comme lui, nous avons remarqué que le renouvellement des dents de lait a peu d'action, mais nous n'en dirons pas autant de la poussée des grosses molaires.

Un maître de cette Faculté, Fonssagrives (4), dont la sagacité d'observation était toujours en éveil et jamais surprise en défaut, avait soigneusement mis en lumière

---

(1) John Tomes, *Chirurgie dentaire*, Londres, 1859.
(2) Barthez et Rilliet, *Traité des Maladies des Enfants*, 1861.
(3) Barrier, *Traité pratique des Maladies de l'enfance*, 1861.
(4) Fonssagrives, *Leçons d'Hygiène infantile*, 1882.

cette période d'éruption dentaire spéciale : « Entre l'âge de 4 ans 1/2 et 5 ans 1/2, les enfants percent les quatre premières grosses molaires. » L'auteur fixe tout particulièrement son attention sur ce développement indépendant, qui passe souvent inaperçu aux yeux des parents et des médecins. La durée de l'apparition est assez longue, un an tout au moins. Elle est souvent accompagnée d'indisposition générale, d'amaigrissement, de crises nerveuses, parfois d'éclampsie. La dépendance qui existe entre les dents molaires de troisième ordre et la méningite tuberculeuse s'accuse par la fréquence de cette maladie entre 4 et 6 ans. En raison de ce que la deuxième apparition n'est qu'une transition entre la première et la troisième, Fonssagrives l'appelle, avec beaucoup de raison, la dentition intermédiaire. Les Anglais la nomment dentition de transition.

L'opinion de Smith (1) n'est pas négligeable, il assigne la date de 5 ans 1/2 à 6 ans à la sortie des premières grosses molaires. Chez les enfants faibles, dit-il, elle est souvent accompagnée d'une affection de l'estomac et des intestins, d'une excitation générale, de pâleur, de sommeil agité et de terreurs nocturnes.

Frey (2), stomatologiste distingué, fait un tableau exact et précis.

« Le point de départ de cette *gingivite* est toujours le *capuchon de gencive* qui s'infecte et contamine la muqueuse du voisinage par un mécanisme absolument analogue à celui des accidents des dents de sagesse, quel-

---

(1) A practical Treatise on Disease in children. New-York 1884.
(2) Monographie de la dent de 6 ans. Thèse de Paris, 1896.

quefois assez aigu pour revêtir l'aspect de la stomatite ulcéro-membraneuse.

« Enfin dans un cas, l'infection au lieu de s'étendre à la gencive seulement, a gagné le périoste de la mâchoire et a entraîné une contracture très prononcée du masseter avec un état général rappelant l'état de cachexie buccale de Chassaignac. »

Nous ne pouvons clore cet historique sans acquitter une dette de reconnaissance envers notre éminent maître M. le professeur Baumel. Qu'il reçoive ici le témoignage public de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions dire assez combien ses leçons cliniques nous ont été profitables; sous son aimable et habile direction, nous avons trouvé l'appui quotidien d'un esprit sagace et étendu, dont le sens essentiellement clinique reste toujours la qualité maîtresse. Aussi l'importance que nous lui avons vu attribuer à l'évolution dentaire dans les maladies de l'enfance, a-t-elle apporté une sanction de haute valeur au point de pathologie que nous allons discuter. Nous aurons d'ailleurs au cours de cette étude à faire appel à son témoignage, parce que son *Précis des maladies de l'enfance* est un des rares ouvrages classiques envisageant la question qui nous occupe.

Nous signalerons pour terminer une communication de M. le docteur Jehan Prudhomme, au Congrès de Reims 1907 : *Les accidents d'éruption de la dent de 6 ans*.

Nous nous abstiendrons de juger ce travail indigeste et dépourvu d'originalité. C'est une mauvaise copie du mémoire présenté en 1904, au Congrès pour l'avancement des sciences de Grenoble, par le docteur Eyssautier. Le plagiat le plus servile s'y étale sans pudeur.

ETIOLOGIE

L'histoire des causes vraies en pathologie est la pierre de touche du diagnostic.

La claire notion de la cause des accidents si variés et si mal définis n'a pas un intérêt purement spéculatif. En permettant d'en saisir le point initial, on sera conduit à prévoir la marche et le développement. La connaissance de la cause est importante encore, puisqu'un désordre du côté de la bouche, resté inaperçu, peut être le point de départ de lésions multiples et de complications,

Bien qu'il paraisse téméraire de rechercher la cause de phénomènes si obscurs et toujours si complexes, il n'est pas impossible de les expliquer rationnellement et de trouver, à des faits sans liens communs, une parenté pathologique donnant la clef de la question.

Ainsi nous considèrerons comme maladies sous la dépendance de cette évolution physiologique de la seconde dentition, celles qui se produisent à l'âge de six ans et alors que la première grosse molaire est en imminence ou en voie d'éruption, s'accompagnant comme une éruption similaire, celle de la dent de sagesse, du même cortège d'accidents.

La lésion initiale, mouvement inflammatoire secondaire et léger de la gencive, dans le périmètre étroit de la pre-

mière grosse molaire ou la superficielle ulcération de la muqueuse, dont l'existence ne sera d'ailleurs pas soupçonnée, cette lésion, dis-je, est bien rarement recherchée.

La cause de ces accidents et de ces dentitions difficiles n'est pas purement mécanique ; l'élément infectieux, favorisé par le milieu buccal, y joue le plus grand rôle. Les conditions constitutionnelles et organiques semblent n'y pas prendre part. Les conditions locales y ont, au contraire, une grande importance, parce qu'elles tendent à augmenter ou à diminuer l'activité du travail de la dentition, d'où un accroissement de sensibilité. Il en est de même quand une disposition anatomique vicieuse constitue un obstacle mécanique à la sortie des dents.

M. le professeur Baumel a insisté à ce sujet dans son *Précis des Maladies de l'enfance*.

Une autre cause de ces accidents trouve son explication dans l'état habituel de congestion qui existe sur le point de la muqueuse buccale prenant part au travail éruptif.

L'âge est le facteur le plus important ; de 5 à 7 ans il fournit la principale indication causale.

Le sexe a une influence marquée. Les deux sexes sont frappés d'une façon inégale ; assez rares chez les filles, ils sont fréquents chez les garçons, comme d'ailleurs on l'observe pour la dent de sagesse.

Le côté n'est pas indifférent ; le côté gauche est plus souvent que le côté droit siège de ces accidents. De même que le maxillaire inférieur paie un tribut plus fort que le supérieur.

Saisons. — Les mois chauds, favorables aux éruptions dentaires, sont ceux pendant lesquels on observe le plus d'accidents.

Ville et Campagne. — Le citadin et le campagnard en sont indistinctement atteints.

Si du patient nous passons au médecin, nous remarquons que, dans l'espèce, le praticien se dérobant à une clarté qui l'attire, il ferme malgré lui son esprit à toute idée capable de l'orienter utilement. Trompé par les apparences et n'apercevant pas le lien réel entre les phénomènes éloignés, paraissant étrangers les uns aux autres, il n'a pas l'idée de pousser ses investigations du côté de la bouche, vers les deux faits qui seuls donnent la clef de l'étiologie : l'éruption d'une dent (la première grosse molaire) et l'âge du sujet (5 à 7 ans).

Il faut en être averti pour rechercher les lésions primitives locales et ne pas s'exposer à voir la cause où il n'y a qu'un effet.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS

DE L'ÉVOLUTION ET DE L'ÉRUPTION DE LA PREMIÈRE GROSSE MOLAIRE. GINGIVO-STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE

Ces accidents seraient rares. La lecture des publications françaises et étrangères autoriserait à le croire. Le silence des auteurs sur ce point laisserait supposer que la seconde dentition effectue son éruption dans des conditions normales, bien différentes de la première ; en un mot, rien ne viendrait en troubler les phénomènes évolutifs.

Il est loin d'en être ainsi. Cette évolution suit d'ordinaire son cours régulier. Mais les exceptions ne sont pas rares et elles méritent d'être connues. Toute la série des grosses molaires, la dent de six ans, la dent de douze ans et la dent de sagesse, bien qu'à des titres différents, présentent des accidents d'éruption.

Nous laisserons volontairement de côté les autres désordres provoqués par la seconde dentition, pour nous occuper exclusivement des phénomènes morbides auxquels donne lieu l'éruption de la dent de six ans.

Magitot (1) ne veut y reconnaître que des phénomènes

(1) Magitot, *Dictionnaire encyclopédique.*

purement muqueux, résultant de la compression dans les manœuvres de la mastication. Pour Coleman (1), au contraire, il n'est pas rare de voir les enfants se plaindre de souffrir en mangeant. Leurs gencives sont tellement tuméfiées au-dessus des premières grosses molaires, prêtes à sortir, que les membranes muqueuses de chaque mâchoire sont mordues dans l'occlusion de la bouche. Quant aux maîtres de la médecine infantile, ils décrivent tous les accidents de cette période de l'enfance, ils sont presque unanimement d'accord pour en noter l'étendue et la gravité. Nommer Guersant et Blache, Barrier, Barthez et Rilliez, Roger, Baumel, etc., c'est attribuer à ces désordres morbides une valeur indiscutable.

Pour les bien étudier, à notre avis, il y a lieu d'adopter la classification suivante :

1° *Accidents locaux* ; 2° *accidents généraux.*

I. Accidents locaux. — Ces accidents sont muqueux, osseux ou nerveux, peuvent être mécaniques, mécaniques et infectieux ou infectieux.

1° *Accidents muqueux.* — Ce sont les plus nombreux et les plus importants. Ils se manifestent surtout à la mâchoire inférieure et donnent lieu à des stomatites qui mériteraient d'être appelées *gingivo-stomatites de dentition*, car elles ne se produisent guère que sous cette influence ; ce qui écarte toute crainte d'erreur, c'est leur caractère d'*unilatéralité*.

Cela nous amène naturellement à aborder l'étude de

(1) Coleman, *Manuel de chirurgie dentaire.* Londres, 1880.

la gingivo-stomatite ulcéro-membraneuse, qui est la lésion concomitante de l'éruption de la dent de six ans et la complication la plus ordinaire et aussi la plus classique.

Gingivo-stomatite ulcéro-membraneuse

En 1855, les nécessités de la guerre ayant appelé sous les murs de Sébastopol les médecins militaires attachés aux hôpitaux, ils furent remplacés par des médecins des hôpitaux civils. Bergeron, médecin d'enfants, fut du nombre.

« Or, dit-il, en rapprochant les faits que j'avais sous les yeux de ceux que j'avais observés précédemment à l'hôpital des enfants et de la description que les auteurs qui se sont spécialement occupés des maladies de l'enfance ont donnée de la stomatite ulcéro-membraneuse, j'acquerrais la conviction que la stomatite spécifique des soldats et la stomatite spécifique des enfants ne sont qu'une seule et même maladie.

» La stomatite ulcéreuse des soldats est une maladie spécifique, contagieuse, caractérisée anatomiquement par des ulcérations de forme et d'étendue variables, qui peuvent se développer sur tous les points de la muqueuse buccale. Elle ne diffère pas, selon moi, de celle qui a été observée particulièrement chez les enfants et décrite sous les noms de stomacace, gangrène scorbutique des gencives, érosion gangréneuse des joues, stomatite gangréneuse. Elle n'est ni une affection gangréneuse, ni une diphtérie, ni un scorbut.

» Dans la flotte, la maladie est à peu près inconnue, et ce n'est pas un des faits les moins singuliers de son histoire. »

Bergeron et tous ceux qui ont eu à s'occuper de cette question ont attribué son étiologie et sa prophylaxie à l'encombrement, aux variations atmosphériques ; ils sont partisans de la contagion médiate.

Colin, Perrier, Laveran la considèrent comme une affection locale due à l'encombrement, aux fatigues et à la malpropreté.

L'encombrement est donc une opinion généralement admise. Malheureusement elle ne peut satisfaire un observateur attentif, et, on peut le lui reprocher, elle n'est pas d'accord avec l'observation.

Pourquoi, en effet, dit Maget (1), sur un personnel de plus de mille hommes, ayant une alimentation absolument identique, avons-nous vu la maladie ne frapper que les jeunes gens en général vigoureux, que leur service appelle constamment sur le pont au grand air, alors que les quatre cents condamnés sont enfermés dans la batterie, si souvent aérée d'une façon insuffisante à cause du mauvais temps ?

L'infection et la contagion de cette affection sont-elles mieux étayées ?

« Il est difficile, dit Catelan, de comprendre le mode d'action d'un principe infectieux qui, imprégnant l'économie entière, s'y traduit par des manifestations sur un tissu indifférent par lui-même, simple moyen de revêtement, et cela par des lésions nettement circonscrites de nature destructive consistant en des modifications superficielles, à la limite desquelles les parties similaires immédiatement adjacentes restent tout à fait indemnes. »

---

(1) Maget, *Stomatite ulcéreuse des soldats et des marins*. Thèse de Paris, 1879.

Enfin, 95 fois sur 100, les lésions siègent d'un seul côté : l'unilatéralité est la règle. Or, qui dit maladie miasmatique, dit maladie générale, et l'on n'en vit encore aucune procéder aussi régulièrement, par localisation aussi peu en rapport avec l'idée qu'on se fait habituellement d'une infection de l'économie entière.

Si la maladie, dit Laveran, se transmettait par les bidons, verres, cuillers, pipes, etc., c'est sur les lèvres qu'on devrait observer les ulcérations comme dans la syphilis ; or la stomatite siège rarement sur les lèvres, bien plus souvent sur les gencives, ou tout au fond de la cavité buccale au niveau de l'angle intermaxillaire.

L'inoculation n'est pas démontrée. Elle est jusqu'ici négative. On a accusé tour à tour la chaleur, le froid, les pluies, la sécheresse, etc., etc. ; à notre avis, il n'est aucun de ces agents qui, pris isolément, doivent être invoqués à l'exclusion des autres.

La gingivo stomatite ulcéreuse au point de vue de l'âge ne frappe que les enfants de 5 à 10 ans ou les jeunes gens de 18 à 25 ans, tous les auteurs le reconnaissent.

La plupart des médecins qui ont observé et étudié la gingivo-stomatite chez les enfants paraissent attacher une grande importance à la poussée des premières grosses molaires et à la fréquence des stomatites se manifestant à ce moment-là au fond de la bouche.

Mais dans l'éruption de la dent de sagesse, on éprouve de la peine à admettre le lien étroit rattachant cette affection au travail éruptif. On préfère la considérer comme simple cause prédisposante banale, telle que la carie dentaire ou l'usage du tabac.

Le travail physiologique donne seul la véritable raison d'être de la gingivo-stomatite chez les soldats, les marins

et les enfants, car il existe un rapport étroit entre la manifestation de cette maladie et l'éruption dentaire.

La gingivo-stomatite ulcéro membraneuse est donc une maladie des âges, une maladie de dentition, liée à l'évolution de la première grosse molaire, dans l'enfance, et à la dent de sagesse, chez l'adulte. Quand d'une part dans les écoles, les orphelinats, les pensionnats, les hôpitaux, un groupe présentera cette affection, la contagion ne saurait être invoquée, il faudra l'attribuer à des enfants à peu près égaux d'âge, en pleine évolution dentaire, et si d'autre part on nous montre des soldats, des marins ou des étudiants présentant les mêmes symptômes que les enfants, en recherchant la poussée dentaire nous retrouverons des conditions étiologiques semblables à des âges différents. Toutes les fois que des soldats, des marins ou des enfants présenteront des accidents ulcéro-membraneux de l'espace intermaxillaire, occupant la place ou le pourtour, soit de la dent de sagesse, soit de la dent de six ans en travail d'éruption, nous nous croyons légitimement autorisé à affirmer un étroit rapport de cause à effet. Comme preuve encore, ces accidents, en général rebelles à tout traitement, prennent fin spontanément, l'éruption une fois terminée.

On pourrait se demander, il est vrai, comment une éruption dentaire, acte physiologique naturel, sous la dépendance de la fonction d'accroissement de l'individu, en arrive à exercer une influence assez prépondérante pour se traduire, dans le périmètre de ce travail éruptif, par des phénomènes pathologiques variés, dont le plus fréquent est la gingivo-stomatite ulcéro-membraneuse.

Ce qui a lieu de nous étonner, c'est qu'un médecin de la valeur de Bergeron n'ait pas saisi le lien et l'étiologie véritables, après avoir étudié successivement cette affec-

tion chez l'enfant et chez le soldat. Il n'a pas su remonter de l'analogie des effets à l'analogie des causes, en attribuant la gingivo-stomatite ulcéro-membraneuse des enfants à l'éruption de la dent de six ans, comme d'autre part celle des soldats, à la dent de sagesse.

2° *Accidents osseux.* — C'est l'ostéite, la périostite et l'ostéomyélite, auxquels il faut ajouter les phénomènes pathologiques produits par le développement tardif de l'os maxillaire, coïncidant avec l'accroissement prématuré de la dent de six ans.

On a même vu (observation de Forget) des tumeurs ostéo-dentaires se développer par suite de l'odontocie de cette dent.

Les manifestations pathologiques du côté du système osseux sont caractérisées par un gonflement douloureux intermittent dans l'espace intermaxillaire, à l'angle de la mâchoire, dans la région sous maxillaire et quelquefois à la région malaire, parotidienne et temporale ; elles sont accompagnées de raideur et de contraction musculaire et de gêne dans l'articulation temporo-maxillaire allant jusqu'au trismus. Il existe des fourmillements, de la sensibilité et de la douleur sur les crêtes alvéolaires en contact avec la dent en voie d'éruption.

3° *Accidents nerveux.* — Ils comprennent les névralgies et névrites dans la sphère du trijumeau et ont donné lieu à des paralysies. Leur caractéristique est la douleur.

Les rameaux auriculaire postérieur, dentaire inférieur, massétérin et sous-orbitaire paraissent les plus intéressés. Ils sont le siège de névralgies irrégulières, intermittentes comme les poussées dentaires.

Il se produit dans les parties innervées par le triju-

meau des phénomènes fluxionnaires pouvant se compliquer d'état fébrile avec propagation de l'inflammation au centre vaso-moteur général.

On voit alors se développer, en dehors des accidents locaux, des complications de voisinage dans la sphère d'innervation du trijumeau et des complications au dehors de la zone de la cinquième paire, avec ou sans fièvre, à palpitations, convulsions et accidents cérébraux.

Il existe, dit Frey (1), des phénomènes douloureux dus à l'irritation du nerf dentaire inférieur par une dent qu'une muqueuse anormalement épaissie gêne dans son éruption. On sait, ajoute-t-il, que le plancher des alvéoles, très mince, est en rapport avec les artères, veines et nerfs dentaires, qui pénètrent dans le maxillaire inférieur au niveau de la cloison qui sépare la première de la deuxième molaire. C'est ce voisinage qui peut expliquer les troubles douloureux qui peuvent précéder l'éruption de la dent de six ans.

II. ACCIDENTS GÉNÉRAUX. — Ils affectent l'appareil digestif et ses annexes, le système nerveux, les organes des sens, l'appareil respiratoire, la peau, etc.

M. le professeur Baumel fait rentrer dans ces accidents la chorée et l'incontinence d'urine.

(1) Frey, *loco citato*.

PATHOGÉNIE

MÉCANISME, LÉSIONS ANATOMIQUES, INFECTION

Le rapport existant entre l'apparition de la dent de six ans sur l'arcade alvéolaire et l'accroissement des maxillaires, constitue deux processus en connexion étroite, qui dominent l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la première phase de la seconde dentition.

Le développement physiologique des maxillaires, et surtout du maxillaire inférieur, présente, en effet, un grand intérêt pour l'étude de la pathogénie et du mécanisme des accidents de l'éruption.

On rencontre ces accidents le plus souvent à gauche, et c'est là aussi d'ailleurs qu'ils présentent le plus d'acuité. L'explication de la fréquence du siège a été donnée par Reclus, auquel une série de mensurations a permis de constater une inégalité sensible des deux moitiés de la parabole du maxillaire inférieur. Conformément à la loi qui fait prédominer à droite le développement de nos organes, le côté gauche a été trouvé le plus souvent de moindre longueur. Il y a en général environ de sept à huit millimètres de variation.

Le périmètre de la bouche, c'est de constatation facile, est essentiellement différent de l'enfant à l'adulte. Alors qu'il forme un gracieux demi-cercle chez le premier, on

le voit s'allonger en élégante demi-ellipse chez le second.

Cette différence de forme, de volume et de grandeur, est le résultat des modifications que subissent les mâchoires à l'époque de l'éruption des premières grosses molaires, de la chute et du remplacement des dents de la série temporaire. Ces modifications se traduisent par l'accroissement des maxillaires et portent exclusivement sur la partie postérieure correspondant aux grosses molaires. C'est sur l'espace compris entre la dernière molaire de lait et l'apophyse coronoïde que se fait le développement en longueur du maxillaire supérieur et des branches du maxillaire inférieur.

L'allongement de la mâchoire et la production de l'angle mandibulaire sont donc corrélatifs au développement des organes dentaires. La dent de six ans, quand elle se développe et prend de l'ampleur, fait reculer l'apophyse coronoïde et accroît ainsi l'arcade maxillaire ; à la mâchoire supérieure, elle surplombe l'extrémité postérieure du bord alvéolaire et emplit toute la tubérosité maxillaire, dont elle détermine la forme et la saillie, puis le prolongement.

On comprend, dès lors, qu'il y ait, après ce travail osseux additionnel, une transformation du demi-cercle en demi-ellipse et, en outre, des différences de rapport entre la longueur définitive des branches de la mâchoire inférieure et le volume des dents qui viennent s'y implanter.

La dent de six ans va donc naître et prend place immédiatement après la dernière dent temporaire, c'est-à-dire la deuxième molaire de lait. Elle occupera sur l'arcade alvéolaire le sixième rang. Les parois osseuses recouvrant et protégeant cet organe dentaire forment un étui et comme une sorte de crypte qui, débordant un peu la marge alvéolaire, constituent comme une cellule osseuse

presque close, semblable au tissu qui enveloppe une amande.

A la mâchoire supérieure, cette dent s'implante sur le point le plus résistant, le plus épais, le moins extensible du maxillaire supérieur, immédiatement au-dessous du plus fort pilier de la face, entre l'apophyse malaire et la tubérosité maxillaire. A la mâchoire inférieure, elle se trouve enclavée à la base de l'apophyse coronoïde, au sein même de la branche montante. Cette disposition anatomique donne l'explication de la rareté relative des accidents provoqués par les premières grosses molaires supérieures et, au contraire, de leur fréquence à la mâchoire inférieure. Libre en arrière et sur les côtés, la tubérosité maxillaire, très mince, n'oppose qu'un faible obstacle à l'éruption, tandis qu'à la mâchoire inférieure, la dent se trouve en quelque sorte encapsulée au sein de tissus durs, offrant une résistance à la sortie, surtout dans certaines dispositions de l'apophyse coronoïde.

L'éruption s'effectue par suite de l'élongation graduelle des dents et par l'absorption simultanée des tissus osseux et muqueux superposés. Cette absorption commence par les bords de la face triturante de la couronne, dont la coque osseuse s'affaisse et se résorbe progressivement, pour aboutir à l'atrophie et à l'amincissement par degrés de la couverture membraneuse, seul obstacle restant pour livrer passage à la dent.

Pour que l'éruption s'effectue normalement, il faut une harmonie complète entre les phénomènes du processus éruptif et entre les divers tissus qui y prennent part.

La relation du contenant au contenu, le rapport de la dent, de la coque osseuse et de la membrane fibro-muqueuse qui l'emprisonne, la situation de la dent, sa direction, son volume, l'espace qui lui est dévolu, sont autant

de facteurs qui interviennent pour faciliter l'éruption ou l'entraver. Le mécanisme de l'éruption dépendra donc de l'accommodation de la dent de six ans à son milieu.

Si l'on veut bien ne pas perdre de vue que la première grosse molaire est de beaucoup la plus volumineuse des molaires, on comprendra que son évolution et son éruption soient susceptibles d'entraîner quelquefois des désordres.

Or, le défaut de place seul est un obstacle qui peut résulter de la résistance exagérée à la dilatation des parois alvéolaires et du volume excessif de la couronne de la dent. Il peut y avoir étroitesse ou occlusion alvéolaires, insuffisance ou inégalité de développement des maxillaires. L'écartement imparfait des lames osseuses des parties coronales ou latérales de l'alvéole, qui doivent disparaître, peuvent n'offrir, comme passage, qu'un étranglement annulaire, réalisant un orifice de sortie imparfait, d'où résultera une odontocie, c'est-à-dire une difficulté à peu près insurmontable dans la progression ascensionnelle et dès lors incarcération de la dent.

La dent peut encore être gênée dans son mouvement éruptif par l'insuffisance d'espace résultant soit d'un arrêt de développement ou d'un développement incomplet dans le sens antéro-postérieur ou par déviation en avant de l'apophyse coronoïde et de la branche montante ou leur inflammation. Il en résulte un enclavement de la dent par rapprochement supérieur des lames alvéolaires qui sertissent la couronne, constituant une barrière difficile à franchir.

Le maxillaire, dont le développement est moins rapide quelquefois que celui de la dent, la loge avec peine, lui refuse un espace proportionné à sa forme et à son volume et ne lui permet pas une facile extension à cause de la

disproportion existant entre l'accroissement tardif de l'os et, au contraire, l'accroissement prématuré de la dent.

Quand le tissu osseux, par une résorption trop lente et difficile, et la fibro-muqueuse, par son épaississement et sa résistance, entravent la marche et la libération de la dent captive, il se produit une série de pressions en vue de la délivrance supérieurement sur la couronne et au fond de l'alvéole. L'accident est alors constitué et il se manifeste par des phénomènes aigus du côté de la surface, lents, sourds et profonds du côté des racines. Il en résulte une compression et une irritation mécaniques exercées par la couronne sur les tissus durs du maxillaire, faisant obstacle à la sortie, une compression exercée par les racines sur le nerf dentaire inférieur et, par contre-coup, inflammation d'origine mécanique, se traduisant par une ostéite périalvéolaire qui affecte la partie rétrécie de l'alvéole et le tissu spongieux qui entoure la racine.

L'irritation inflammatoire péridentaire amène l'irritation nerveuse à cause des phénomènes de circulation capillaire et de nutrition dont l'appareil dentaire est le siège pendant la période de travail.

Les accidents nerveux ne surviennent pas seulement dans les cas de dentition difficile ou même laborieuse qui provoquent un afflux sanguin dans le rayon de la dent, mais encore dans les cas ordinaires où il y a névralgie odontogénique ou névrite périphérique.

Dans certains cas, il y a plutôt continuité que violence des accidents. Ce sont ceux qui engendrent le mieux les gingivo-stomatites variées observées dans le voisinage.

Quant à la muqueuse, devenue fibroïde, elle oppose elle aussi à son tour une résistance au passage de la couronne. Il se développe là, par suite de ce travail, une tension avec intégrité à laquelle succède une rougeur super-

ficielle, une inflammation locale, un mâchonnement par compression autour du capuchon dont la couleur varie du rouge vif au violet, puis une ulcération qui ira de la gingivite érythémateuse à la gingivo-stomatite ulcéro-membraneuse, et s'étendantau voisinage, produira pharyngite, amygdalite, otite, parotidite, adénite et infiltration œdémateuse des muscles, sialorrhée, fétidité de l'haleine, douleurs variées, désordres sympathiques de siège et de nature divers.

Mais il n'est pas rare, la place ne faisant point défaut, nulle compression, nulle gêne n'existant dans le mouvement éruptif, que les mêmes accidents, les mêmes complications se produisent. Il existe donc en dehors des accidents mécaniques des phénomènes morbides compliquant l'éruption. C'est à l'infection locale, bien dénommée poison buccal, qu'il faut les attribuer.

Au point de vue physiologique pur, la bouche est une étuve présentant, par sa température et les phénomènes physiologiques qui s'y passent, des conditions bien propices aux fermentations.

Aussi les microbes pullulent-ils dans la cavité buccale, apportés par l'air, les aliments, les boissons.

La bouche est un milieu où les microorganismes trouvent dans les débris alimentaires, épithéliaux, des éléments de nutrition et de prolifération, réalisant les conditions les plus favorables à leur développement. Ils y trouvent aussi de nombreuses retraites où ils peuvent élire domicile, comme les anfractuosités et les interstices dentaires, la sertissure des dents, les sillons des muqueuses, les cryptes de l'amygdale.

Pour exercer leur action, il leur faut pénétrer dans l'organisme. Pour cela, une porte d'entrée et un terrain sont nécessaires. Les portes d'entrée des germes septiques

de la bouche sont les érosions de la muqueuse buccale. Ils se traduisent par des tuméfactions et des ulcérations au collet des dents ou sur le capuchon muqueux qui les recouvre avant l'éruption. Quant au terrain, le poison buccal exerce son action et produira des effets variables d'intensité et de gravité, suivant qu'il y sera préparé par un tempérament plus ou moins éprouvé. Sa virulence et ses ravages seront d'autant plus grands que l'organisme lui présentera moins de résistance. La dentition, comme toutes les étapes physiologiques, est étroitement liée avec l'évolution générale de l'individu et son état constitutionnel.

Mais si le maxillaire oppose une résistance sérieuse au progrès de l'infection, il n'en est pas de même de la muqueuse de la bouche qui se décolle, se gonfle, s'infiltre et s'ulcère facilement. Le réseau vasculaire des gencives ne contribue pas peu à augmenter par la transsudation du sang tous les déchets qu'on observe à l'état normal. La structure de son épithélium pavimenteux, comme la desquamation incessante de la muqueuse, constitue une prédisposition si favorable, qu'elle peut être considérée comme une sorte de traumatisme physiologique inhérent à la structure même de la muqueuse. Donc, le moindre traumatisme du revêtement buccal, et il est réalisé de toute pièce dans le travail d'éruption, aboutit à une ulcération.

La réaction si souvent acide du milieu buccal ne joue-t-elle pas elle aussi un rôle dans les fermentations ? Guinon, cité par Lesage (1), a obtenu les résultats suivants sur 68 examens :

---

(1) Dyspepsie et diarrhée du premier âge (*Revue de Méd.*, 1888).

Réaction acide.........	17	fois.
— alcaline..........	12	fois.
— neutre...........	9	fois.

Comme nous l'avons vu, pour réaliser sa sortie, la dent de 6 ans a deux obstacles à franchir : la paroi osseuse, souvent résistante, et une paroi membraneuse, constituée par la fibro-muqueuse de la gencive, qui, tendue à la façon d'un voile, oppose une barrière tenace malgré sa mobilité.

Cette membrane au lieu de se résorber, forme au-dessus de la partie supérieure de la couronne un épais bourrelet, coiffant presque entièrement la face triturante de la dent, que dessine alors par contact son relief sur les parties molles, la retenant captive.

La calotte gingivale qui recouvre la première grosse molaire se laisse peu à peu distendre par l'action continue de sa résorption et une usure progressive la déchire au niveau des saillies des tubercules dentaires. Au travers de ces petites fissures gingivales. constituées par des pertuis imperceptibles, s'infiltrent et pénètrent de fines particules alimentaires et des détritus buccaux, qui s'accumulent, séjournent et fermentent activement, comprimés entre la face broyante de la dent et la fibro-muqueuse distendue. Ils forment là de véritables cloaques, foyers actifs d'infection et de désorganisation. Ces matières fermentescibles, vrai poison buccal, décollent la muqueuse, l'infectent et l'ulcèrent, puis pénètrent sourdement dans l'alvéole ou bien entre la dent et la muqueuse et vont de la sorte, en les infectant de proche en proche, gagner les parties profondes.

L'infection est dès lors complètement constituée de

toutes pièces et avec toutes ses conséquences. Ainsi se trouve formellement établie la démonstration du rôle prépondérant ou exclusif joué par certaines associations microbiennes, hôtes habituels de la bouche, dans le processus morbide de certaines affections. Cette théorie pathogénique suffit à donner l'explication des accidents et des complications de l'éruption de la dent de 6 ans, en dehors des phénomènes de résistance, d'incarcération de la dent, de volume exagéré de la couronne et de compression. C'est, au fond, une des formes de la cachexie buccale de Chassaignac.

SYMPTOMATOLOGIE

Ce n'est pas sans un certain embarras que nous abordons la symptomatologie d'accidents dont la description ne se trouve nulle part. Des observations d'inégale valeur sont loin de suffire pour remplir un cadre à peine tracé.

Les symptômes que nous allons décrire présentent une physionomie originale, parce qu'ils ne procèdent pas par périodes régulières et qu'aucun indice ne permet d'en présumer l'éclosion. Ils sont encore intéressants à cause de la difficulté du diagnostic.

Produits par une perturbation indirecte, un retentissement à distance, ils n'ont pas pour théâtre le périmètre étroit et déterminé où évolue la cause. La cause vraie, la cause unique, est dissimulée et ne peut être soupçonnée que par un œil exercé et un esprit averti.

Leur éloignement et leur variété égarent l'attention loin du point de départ ou ne l'y ramènent que pour créer des confusions nouvelles.

Leur début est extrêmement insidieux et se cache derrière des phénomènes fonctionnels déroutants pour quiconque n'est pas prévenu. Or, peu de médecins savent qu'entre cinq et sept ans une dent, la plus volumineuse de la bouche, effectue son éruption. On voit quel intérêt il y aurait à ce que le diagnostic fût posé de bonne heure

afin de démasquer la cause et d'y rattacher tous les troubles qui en proviennent.

La période d'invasion est brusque, avec douleurs excruciantes, constituée d'emblée au cours de la plus parfaite santé, d'allure bizarre, sans signes prémonitoires, sans physionomie spéciale. Rien de précis et de régulier, des essais partiels de crise auxquels l'ensemble ne concourt pas, aucune indication qui mette sur la voie, beaucoup de dissemblances, bref rien de moins défini. Comme on le voit, le tableau est changeant, contradictoire même.

Nous allons cependant essayer de classer les symptômes. Nous les rangerons dans l'ordre suivant :

1° Troubles prodromiques.
2° Troubles généraux.
3° Troubles locaux.
4° Troubles de voisinage.
5° Troubles sympathiques et fonctionnels.

I. Symptômes prodromiques. — En général, tout se borne à une diminution de l'appétit, avec sentiment de malaise, de courbature, sans que la marche journalière de l'activité soit troublée ou interrompue. Quelquefois, cependant, frissons, céphalalgie, perte d'appétit, soif vive, bouche saburrale, nausées, mouvements fébriles, mais rien autre de spécial, sauf de l'insomnie et souvent aussi de la toux, que les enfants appellent mal à la gorge. Ils durent de deux à cinq jours, s'amendent et reprennent pour s'aggraver.

II. Symptômes généraux. — Nous allons crayonner en

quelques notes rapides la physionomie des symptômes généraux les plus importants.

La fièvre. — Elle se présente en accès fébriles capricieux, tenaces, qui épuisent beaucoup les enfants, même avec de fréquentes rémissions

Le facies. — La figure est un peu tourmentée et quelquefois grimaçante, avec un air d'hébétude qui rappelle un peu le *facies myopathique* de Landouzy et de Déjerine. Rougeur de la pommette d'un côté seulement.

La céphalalgie. — Particulièrement fréquente au début. Dès le matin, au réveil, le jeune malade se plaint de sensation de pesanteur, siégeant d'un côté seulement, au niveau du front ; vers le soir, c'est plutôt une sensation pénible, un vrai mal de tête, qui est souvent pulsatile. Plus rare la nuit.

Névralgies et douleurs. — Les douleurs se présentent sous deux formes : c'est une sorte de prurit irrégulier dans son mode d'apparition et de durée, s'exagérant sans motif appréciable, la nuit surtout ; d'autres fois, ce sont de véritables crises comparables aux odontalgies et avec début brusque. Sensation de fourmillement et de picotement dans l'oreille ; les régions cervicale et temporale peu modifiées par la pression.

Modifications du caractère. — On note très souvent des changements de caractère. Les enfants sont irritables ou bien perdent leur vivacité : ils sont apathiques ou somnolents et toujours irascibles. Ils ont perdu la gaîté.

Troubles vaso-moteurs. — Les téguments de la face

sont tantôt rouges, vultueux ; d'autres fois, ils sont d'une pâleur inusitée. On constate en même temps une instabilité inaccoutumée de l'innervation vaso-motrice avec alternative de rougeur et de pâleur.

La toux. — Nerveuse, survenant la nuit surtout sous forme de quintes, comme dans la coqueluche, mais sans inspiration longue et sifflante; dans la journée, intensité moindre des quintes, aucun signe à l'auscultation. C'est un élément de diagnostic de grande valeur. Elle est sympathique et réflexe.

Troubles du sommeil. — Les modifications du sommeil sont très fréquentes et très particulières. L'enfant s'endort difficilement et se réveille sans cause et souvent en sursaut. Il est généralement court, accompagné de céphalée et de sensation d'angoisse et de frayeur. Cauchemars, rêvasseries, somnolence, gémissements.

Appétit. — Diminution, perversion, perte, amaigrissement.

Respiration. — Respiration et phonation embarrassées. La voix a souvent un timbre guttural, quelquefois aphonie ; dyspnée, crises respiratoires, spasme.

Appareil digestif. — Difficulté de la mastication et de la déglutition, nausées, constipation. Quelquefois vomissements, sécheresse de la bouche, soif vive.

Agitation, vertige. — Signes prémonitoires du début. Se manifestent par un changement de position. Sensation de vide, de vague, d'incertain. Tintements d'oreilles, mouvements involontaires.

Courbature. — L'enfant est assoupi, courbaturé ; éprouve de la lassitude, un malaise général, déperdition de force, abattement allant jusqu'à la prostration.

Langue. — Sale, épaisse, saburrale, sentiment de sécheresse et de chaleur. Quelquefois ulcération d'un seul côté.

Intelligence et volonté. — Paresse intellectuelle, difficulté de s'exprimer. Inertie, passivité, ne veut ni rire ni jouer, se plaint et pleure.

Voici trois types auxquels on peut d'ailleurs réduire toutes les formes qu'affectent ces symptômes.

C'est un enfant, qui, sans être atteint d'une maladie bien définie, n'est pourtant pas bien portant, car il est pâle, sans appétit, sans forces, sans énergie et présente tous les soirs un accès de fièvre modérée. Il vient de se mettre au lit et s'endort difficilement, il se tourne et se retourne, il est agité, il tousse. Son corps est en moiteur, la peau est chaude, le sommeil est irrégulier et interrompu par des cauchemars. Le matin, la fièvre a cessé, mais l'enfant éprouve de la lassitude, de la somnolence et de la céphalée. Les accès reviennent presque tous les soirs et leur durée est variable : huit, dix, quinze jours environ.

D'autres fois, le facies est grippé, l'œil abattu et atone, le teint est pâle, le regard inquiet, avec un peu d'hébétude ou de stupeur ; céphalée presque permanente, fièvre irrégulière ou intermittente, assoupissement. Au lieu de reposer profondément selon son habitude, et avec cette physionomie fraîche, épanouie, immobile, d'un enfant plein de santé, on voit l'expression de son visage se

modifier à chaque instant, il se réveille au moindre bruit, rêve de temps en temps, tousse sans motifs, il est agité, bref il est souffrant.

Il arrive aussi qu'on remarque chez l'enfant un changement de caractère. Il est triste, abattu, morose. Doux et paisible d'ordinaire, il est devenu irascible, anxieux. Il est aussi quelquefois somnolent. A l'accablement succède l'agitation. Sa peau est le plus souvent fraîche, d'autres fois elle est sèche et brûlante, au moment des accès surtout. Un état fébrile intermittent empourpre son visage mais d'un côté seulement. On observe chez lui de la rougeur ou de la pâleur des pommettes. Les yeux sont saillants et quelquefois grippés. A certaines heures du jour, le facies est à peu près normal. Céphalalgie et toux irrégulières, assoupissement, insomnie, frayeurs nocturnes et réveil en sursaut.

III. Symptomes locaux. — Le malade les compare à des démangeaisons, à des sensations de tiraillements, de brûlures, à des élancements. Il dit éprouver une sensation vague de pesanteur, de tension unilatérale, avec douleur sourde, profonde, provoquant un malaise continuel et quelquefois impression de froid. Le moment d'apparition de ces troubles locaux est variable, il est le plus souvent précédé de quelques jours par les accidents généraux.

Certains enfants souffrent d'une manière presque permanente du travail de la dentition. D'autres après le repas, par suite de l'action mécanique de la mastication. D'autres enfin sont réveillés par une douleur lancinante au milieu de la nuit. Il n'est pas rare que la douleur se manifeste par accès avec état fébrile. Il arrive encore

que ces douleurs sont plus ou moins passagères ou durables, ou bien qu'elles se manifestent par une poussée aiguë avec exacerbation de tous les phénomènes.

La muqueuse, siège de la fluxion, est injectée autour de la zone d'éruption, boursouflée, augmentée de volume, saignante. La coloration va du rouge vif au rouge lie de vin ; elle est souvent diffuse ou pointillée, ou disposée en plaques, d'autres fois ulcérée et recouverte d'une bouilie plâtreuse. La palpation de la région est douloureuse, surtout à sa partie inférieure, souvent le siège d'une adénite. Il existe du gonflement œdémateux de la partie externe et inférieure de la joue, vers l'angle de la mâchoire inférieure, sans changement de couleur.

En poursuivant l'examen, on trouve encore des phénomènes qui présentent le plus grand intérêt : langue sale, épaisse, quelquefois rouge, constamment saburrale ; molaires de lait sensibles.

IV. Symptômes de voisinage. — Fourmillement, engourdissement de la région, douleurs névralgiques dans le périmètre d'éruption, ostéite, ostéo périostite du maxillaire, suppuration, constriction permanente des mâchoires, volume anormal de la joue au niveau de l'angle de la mâchoire et en avant, douleur dans l'articulation temporo-maxillaire et gonflement des paupières avec tremblotement.

Adénite, glossite, palatite, uvulite, amygdalite, otite, otalgie, dépôt de tartre sur les molaires de lait, etc.

Le point de départ des phlegmons et abcès profonds de la région temporale est tantôt local ou régional, mais le plus souvent l'épine inflammatoire siège dans les orga-

nes du voisinage (périodontite, lymphangite consécutive et une gingivite ou gingivo-stomatite).

V. Symptômes sympathiques et fonctionnels. — Douleur, congestion, élévation de la température, salivation, état saburral, odeur alliacée, fétidité de l'haleine, inflammation de l'isthme du pharynx, déglutition pénible, insomnie, amaigrissement, inappétence et dégoût des aliments, dyspnée, toux spasmodique, crises respiratoires, spasmes de l'isthme du gosier et même spasme œsophagien et aphonie.

Névralgie, convulsions, tic convulsif, soubresauts des tendons.

DIAGNOSTIC

Nous abordons ici un chapitre hérissé de difficultés.

Quelle attention redoublée dans l'examen du petit malade pour reconnaître le siège exact de l'affection ! Quelle finesse de diagnostic pour démêler, au milieu d'un complexus symptomatique anormal et quelquefois contradictoire, la vraie caractéristique de ces accidents et savoir si leur manifestation est purement locale, accidentelle ou symptomatique et si les caractères morbides, au prime abord essentiels et isolés, ne sont pas seulement concomitants et subordonnés.

Ainsi le travail d'éruption a une durée très variable : deux à douze semaines en général, avec intermittences de poussées successives et de repos. Il présente assez rarement et surtout au début des signes permettant d'en soupçonner l'existence. Et ces alternatives d'inflammation et d'absence de douleur sont bien faites pour égarer encore le sagacité du praticien, car on conçoit très bien qu'une dent en imminence d'éruption s'accompagne de ces phénomènes douloureux avec retentissement sur l'économie, sans toutefois que cette influence se manifeste nettement et surtout par des signes visibles.

La difficulté et les confusions de diagnostic tiennent donc avant tout à l'ignorance de la cause, au manque

apparent de relations directes entre la lésion initiale et les accidents qui en dérivent.

Le moment où on les observe, leur plus ou moins grand éloignement du début, la méconnaissance du centre de la localisation, à cause des investigations incomplètes du côté de la bouche, ajoutent encore aux difficultés.

N'est-ce pas d'ailleurs une règle absolue, mais trop souvent inobservée, en pathologie infantile, d'explorer toujours et avec soin la cavité buccale et pharyngienne, de savoir exactement l'époque et les temps de l'évolution dentaire de la première et de la seconde dentition ? Et en dehors des modifications chronologiques, le nombre de dents existant ou devant exister dans la bouche d'un enfant à un âge quelconque ?

La situation de la dent de six ans est, à cet égard, capitale à connaître. Elle occupe le sixième rang en partant de la ligne médiane et au moment de son éruption, elle est située à l'extrémité de l'arcade alvéolaire. C'est la dent de sagesse de la seconde enfance. Comme cette dernière, elle limite dans l'espace intermaxillaire postérieur, l'arcade dentaire. Elle est placée comme une borne en arrière de la série des dents de lait.

L'inspection sommaire du visage ne suffit donc pas. La palpation est indispensable et doit s'étendre aux organes de voisinage.

L'exploration et l'examen de la bouche et du vestibule de la bouche et des dents sera fait complètement. On ne se contentera pas de regarder et de comparer les deux côtés de la face et de la bouche, on explorera avec le doigt les gouttières et les culs de-sac gingivaux en haut et en bas, on notera leur degré d'intégrité et leur état d'effacement plus ou moins prononcé. Le bord alvéolaire postérieur, siège de la dent de six ans, l'état de la muqueuse;

les éminences ou reliefs qu'elle accuse, seront l'objet d'une attention particulière. On n'oubliera pas non plus d'exercer des pressions un peu partout pour apprécier la susceptibilité de la muqueuse et se rendre absolument compte de toute modification.

Un des éléments les plus importants du diagnostic est incontestablement l'âge du sujet. Toutes les fois qu'un enfant entre cinq et sept ans répondra au tableau symptomatique que nous venons de tracer, on devra :

1° S'assurer par la vue et en comptant les dents à partir de la ligne médiane, si la première grosse molaire est en imminence d'éruption, a commencé son travail éruptif ou a effectué plus ou moins complètement sa sortie.

2° Explorer soigneusement avec le doigt le point où l'éruption doit se faire, voir si sur ce point il n'existe pas de saillie, si la dent de six ans n'émerge pas encore, constater l'état de la muqueuse et du capuchon gingival, noter si elle ne présente ni bombement, ni soulèvement en masse.

3° La présence de signes inflammatoires coïncidant avec une tuméfaction de la région, l'existence de prurit, de douleurs locales ou d'ulcérations même superficielles, mettront souvent en lumière le point de départ des accidents.

4° Rechercher si les accidents reconnaissent pour cause directe l'influence du travail dentaire; pour cela, interroger l'entourage, répéter et prolonger l'examen de la cavité buccale, comparer le côté suspect ou légitimement incriminé avec ceux où l'éruption s'est faite et ceux où elle n'est pas commencée; enfin, noter l'existence et le nombre des poussées dentaires.

Il ne suffira pas, c'est de toute évidence, de constater des manifestations morbides au cours d'une évolution

dentaire pour les lui imputer. Il faut qu'il y ait contemporanéité complète entre l'âge, l'éruption et les accidents, et pour cela, il faut rigoureusement déterminer s'il y a simple concomitance ou rapport causal, en un mot, présomption ou certitude.

Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, il peut se faire que l'angine soit le seul symptôme observé au début, avec frisson, fièvre, état nauséeux. Or, l'inflammation de la gorge avec rougeur vive de l'isthme, gonflement des amygdales n'est pas un fait absolument rare au début de la fièvre typhoïde. Il ne serait pas surprenant que le diagnostic fût momentanément égaré. On peut songer à une angine simple, catarrhale ou herpétique, à une fièvre éruptive, à la fièvre typhoïde, comme dans d'autres cas à l'embarras gastrique. La tuberculose peut être à tort mise en cause : « la stomatite du tuberculeux, dit Petit, n'a jamais été décrite. Elle est caractérisée par douleur, céphalalgie, température. Le diagnostic est excessivement difficile. » Quant aux engorgements ganglionnaires, si fréquents, ils ne peuvent que donner lieu le plus souvent à des confusions regrettables.

Mais il existe encore des indications non négligeables.

Un fait d'observation digne de remarque, c'est la lenteur des phénomènes morbides au début et pendant la période d'état, contrastant avec la rapidité relative de leur disparition une fois le cycle de l'éruption terminé.

Il ne faut pas oublier non plus que le travail éruptif, généralement silencieux à la mâchoire supérieure, est long et tapageur à la mâchoire inférieure.

Enfin, c'est *l'unilatéralité des accidents* qui constitue le caractère fondamental, franchement distinctif et par conséquent un des principaux éléments du diagnostic différentiel avec *la toux sympathique*, qui ne manque jamais et dont l'allure spéciale en fait un signe très précieux.

PRONOSTIC

On devine aisément la gravité d'un état mal défini qui trouble l'économie en se prolongeant. Il est superflu de parler de l'amaigrissement et de ses conséquences, des troubles de l'assimilation et des arrêts de développement. A côté des formes atténuées. il y a les formes graves et chirurgicales.

Toutefois le pronostic est, le plus souvent bénin. malgré l'intensité et la variété des symptômes et il est d'autant plus favorable que le diagnostic est plus rapide et que l'intervention se produit dès le début et avant les complications.

Il varie beaucoup également suivant la nature. le siège et la marche des lésions et en raison encore de la résistance du sujet.

Il acquiert cependant une certaine gravité, quand, par le fait de l'infection qui tend à gagner en profondeur et en surface, il se produit une poussée inflammatoire avec ostéite et périostite.

En dehors de ces cas la terminaison heureuse est plutôt la règle.

MARCHE

La marche est irrégulière, insidieuse, elle procède par périodes de souffrance alternant avec des périodes de re-

pos et de santé, le tout débutant brusquement et se calmant de même. C'est un état morbide sous la dépendance d'un processus éruptif et qui se manifeste par poussées.

La succession chronologique des accidents et complications n'a rien de régulier, comme les symptômes. Elle est liée à l'état général, à l'intensité des réactions, à l'existence ou à l'absence d'un traitement rationnel.

Durée

Elle est variable. Elle va d'une semaine à dix semaines, mais dépasse quelquefois ce temps, suivant les sujets et les circonstances, l'intervention précoce ou tardive.

Terminaison

La terminaison s'annonce quand la dent s'est fait jour à travers les tissus qui s'opposent à sa sortie. Dans la généralité des cas assez normalement, sans trop de tapage, mais assez souvent, il faut avoir recours à une intervention chirurgicale pour aider la nature. Quoi qu'il en soit, la dent n'apparaît qu'au milieu d'une muqueuse déchirée et saignante, dont les lambeaux gonflés et douloureux se rétractent peu à peu.

Traitement

Depuis les découvertes bactériologiques, les indications de lavages et de gargarismes se sont multipliées en thérapeutique. A l'effet émollient, antiphlogistique d'autre-

fois, a succédé l'attribution d'un rôle plus rationnel et plus actif, celui de combattre la virulence des microorganismes pathogènes qui pullulent dans la bouche, où l'on sait que la maladie crée des milieux de culture favorables.

Antisepsie et hygiène rigoureuse de la bouche, surveillance étroite des enfants, voilà la base du traitement général. Aux agents antiseptiques, on peut associer encore des substances capables d'atténuer la douleur.

Des purgatifs salins et souvent mieux encore des cachets de calomel amèneront dès le début une dérivation salutaire.

On agira ensuite directement sur la cause, en modifiant les accidents locaux d'ordre inflammatoire, mécanique ou infectieux, par des lavages fréquents soit avec de l'eau oxygénée, du thymo tartrate de soude, de la microcidine, de la liqueur de Van Swieten etc., etc.

On fera des badigeonnages *loco dolenti* avec l'acide chromique monohydraté, le bleu de méthylène chimiquement pur ou la teinture d'iode.

L'encapuchonnement muqueux sera combattu par l'excision gingivale de la totalité de la calotte ou par de larges débridements, ou encore par des scarifications profondes comprenant la muqueuse et la partie culminante de l'alvéole. Les franges gingivales seront détruites au thermo ou au galvano cautère.

Aux ulcérations de la gencive, aux gingivo-stomatites, on opposera la poudre d'iodoforme, l'oxyde de zinc, le chlorure de chaux sec, le stérésol, de même que les attouchements et les badigeonnages précités.

Pour le traitement des accidents du côté du système nerveux, on aura recours au sulfate de quinine, à l'aconitine, au bromure de sodium, au pyramidon et autres nervins.

Une médication tonique et reconstituante et une suralimentation aideront beaucoup à la guérison. On n'oubliera pas que l'enfant à cet âge ne peut se contenter de la ration d'entretien et qu'il faut assurer à tout prix également sa ration de croissance.

OBSERVATIONS

Observation Première

Le 10 juin 1813, étant appelé près d'un enfant âgé de 5 ans et demi, qui avait été frappé tout à coup de convulsions, sans cause connue, j'appris que depuis quelques jours, il avait éprouvé un saignement de nez, et qu'il se plaignait, quoique faiblement, de douleurs dans les gencives. J'examinais la bouche et j'aperçus *une première molaire permanente* d'en bas prête à sortir.

Je débridai immédiatement la gencive : au bout d'une demi-heure, tous les symptômes convulsifs cessèrent ; le lendemain, les pointes de cette dent étaient visibles.

Quatorze jours après, les mêmes accidents se manifestèrent de nouveau. Ayant été réclamé une deuxième fois, et présumant que la dent permanente de l'autre côté, dont un tubercule semblait prêt à se montrer, pouvait causer les maux de l'enfant, je fis la section de la gencive. Les accidents, ayant cessé, ne se sont plus renouvelés.

Delabarre, *Traité de la seconde dentition*, 1819.

Observation II

Tumeur ostéo-dentaire du volume d'un gros œuf enkystée dans l'épaisseur de l'os maxillaire inférieur. Inflammation ulcéreuse des parois du kyste. Fistules ossifluentes multiples. Résection de la moitié gauche du corps de la mâchoire et d'une portion de sa branche. Guérison.

Dans les premiers jours du mois de mai 1885, M. L..., négociant à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), me présenta son fils, que d'après le conseil de M. le docteur Lerminier, savant et habile praticien de cette ville, il avait conduit à Paris pour lui faire subir une opération nécessitée par une maladie de l'os maxillaire inférieur, dont il avait ressenti les premières atteintes vers l'âge de *cinq ans*.

Historique de la maladie. — A cette époque, le jeune L..., éprouva dans le côté gauche de la mâchoire, des douleurs assez longtemps intermittentes, puis continues et si aiguës, que, parvenu, *à l'âge de sept ans,* il dut subir l'extraction des deux petites molaires, bien qu'elles fussent saines, dans la pensée où l'on était qu'elles gênaient l'évolution des dents secondaires. Cette opération produisit un soulagement notable, les douleurs intra-maxillaires cessèrent, mais bientôt après, une petite tumeur arrondie, dure, du volume d'une noisette, se dessina sur la face externe de la mâchoire, en regard des alvéoles des dents qui avaient été arrachées.

Longtemps circonscrite, indolore et stationnaire, cette tumeur ne fit des progrès sensibles qu'au bout de huit ans. La totalité de la moitié gauche de la mâchoire se tuméfia, si bien que ses deux faces, au lieu d'être planes, étaient, dit le malade, larges et arrondies. Une circonstance, en outre, le frappa vivement, ce fut l'absence des

grosses molaires qui n'ont point poussé à gauche, bien qu'elles fussent régulièrement développées à droite.

L'ampliation morbide de la mâchoire s'accompagna, à plusieurs reprises, d'un mouvement fluxionnaire des gencives, de la joue et de toute la moitié gauche de la face. Très douloureuse chaque fois qu'elle se produisit, cette fluxion eut pour résultat d'entretenir et d'augmenter la tuméfaction des parties molles, de telle sorte que bientôt la différence de volume entre les deux côtés du visage devint très apparente et constitua une véritable difformité.

Au mois de novembre 1854, le gonflement prit des proportions considérables, une inflammation très vive envahit la base de la mâchoire et de la région cervico-maxillaire. Un traitement antiphlogistique dut être employé, deux applications de sangsues eurent lieu. Quinze jours après, les symptômes inflammatoires s'amendèrent, une collection purulente formée dans l'épaisseur de la joue, s'ouvrit spontanément et donna issue à une notable quantité de pus d'une odeur fétide. L'ouverture de cet abcès est demeurée fistuleuse, les tissus ambiants se sont amincis, décollés, et sous eux, l'os resta dénudé sur une assez grande étendue.

Etat actuel. — Le jeune L... est âgé de vingt ans, fort, bien développé, il est doué d'une constitution excellente, et sa santé n'a nullement souffert de l'affection locale dont il est atteint.

Celle-ci se révèle à l'extérieur par une tuméfaction considérable de la joue gauche plus que triplée de volume, elle accuse la forme ovoïde qu'a imprimée à l'os maxillaire correspondant un développement excentrique très marqué.

En faisant ouvrir la bouche au malade, ce qu'il fait

avec assez de facilité, on voit en effet que toute la moitié gauche de cet os ressemble, pour la forme et le volume, à un gros œuf de dinde. Il résulte de cette disposition, que la base de la mâchoire se confond sans ligne de démarcation appréciable avec ses faces interne et externe qui décrivent une courbe très prononcée.

La tumeur ainsi constituée est uniforme, égale, sans bosselure, sans aucun renflement irrégulier à sa surface. Dure et résistante, elle ne cède en aucun point à la pression et ne donne nulle part le bruit de crépitation caractéristique de l'amincissement du tissu osseux. Le relief qu'elle forme extérieurement masque la partie supérieure et latérale du cou, au-devant duquel elle descend dans une étendue de plusieurs centimètres.

Du côté de la bouche, l'ampliation de l'os a forcé la langue à se dévier de sa direction et le plancher buccal est refoulé de gauche à droite.

Le bord alvéolaire, singulièrement élargi, ne présente, à partir de la première dent bicuspide régulièrement placée dans son alvéole, aucune des autres dents molaires qui devraient s'y trouver. Le tissu des gencives, d'un rouge foncé, est épaissi et induré. Dans un point circonscrit, de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, ce tissu s'interrompt et laisse à nu, une surface grisâtre, inégale, rugueuse, qui, percutée avec une sonde métallique, rend un ton sec, comme ferait la couronne d'une dent enfouie dans l'alvéole.

Quant aux limites de la maladie, en avant, elle ne dépasse pas la symphyse du menton, et en arrière, on peut atteindre le point où elle s'arrête, à l'aide du doigt porté à l'isthme du gosier, sur le bord postérieur de la branche maxillaire, dont la partie la plus élevée est saine, ainsi que le col et le condyle articulaire.

J'ajouterai, pour compléter cet exposé symptomatique, qu'il existe à la base de la tumeur, plusieurs trajets fistuleux ossifluents ; qu'à deux travers de doigt de la commissure labiale gauche, se voit un ancien foyer purulent, qui a produit le décollement de la peau violacée et fort amincie dans une étendue de quatre centimètres ; enfin, que plusieurs ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont notablement hypertrophiés et indurés.

Quant aux troubles fonctionnels dérivant de l'état pathologique qui précède, légers dans l'origine, ils se prononcent davantage chaque jour ; ainsi la phonation est embarrassée, la mastication est douloureuse et incomplète, la déglutition ne s'opère souvent qu'avec difficulté, et la respiration éprouve une gêne notable, toutes les fois qu'un mouvement inflammatoire vient de nouveau à s'emparer de la tumeur et des parties molles qui y confinent.

Enfin il existe pour le malade deux inconvénients très graves, résultant l'un de la difformité très marquée de son visage, et l'autre de l'écoulement incessant d'un pus fétide, provenant des fistules compliquées de carie ostéodentaire.

Forget. *Anomalies dentaires*, 1859.

Observation III

Accident d'éruption de la dent de six ans inférieure droite
Douleurs par compression.

L'enfant K..., jeune Rouennaise, âgée de 6 ans et demie, nous est amenée pendant un séjour à Paris. Elle souffre, depuis la veille, de douleurs sourdes continues, du côté droit, dans la zone du dentaire inférieur tout le long de la mâchoire ; de temps en temps, surtout la nuit, des exa-

cerbations douloureuses lui font pousser des cris violents.

La mère nous raconte que rien ne la calme, que rien non plus ne provoque ces phénomènes qui semblent spontanés. A l'examen de la bouche, les incisives médianes de lait, inférieures, commencent à s'écarter et sont légèrement branlantes ; trois dents de six ans sont sorties, les deux supérieures complètement, l'inférieure gauche presque entièrement, sauf un petit capuchon de gencive qui recouvre encore la partie postérieure de la face triturante ; mais la première grosse molaire inférieure droite seule, n'est pas même apparente, la gencive est très rouge à ce niveau, surélevée, douloureuse à la moindre pression avec le doigt ; si nous le pressons un peu plus fort, la douleur s'exaspère en une crise violente sur toute l'étendue du maxillaire inférieur du côté malade s'irradiant jusque dans l'oreille, la tempe, et même la nuque. Nous faisons un léger badigeonnage de teinture d'iode à ce niveau, nous ordonnons un collutoire cocaïné et un peu d'antipyrine.

Le lendemain nous revoyons l'enfant nullement amélioré, les douleurs s'atténuaient un peu avec le collutoire, mais elles ne tardaient pas à réapparaître, et depuis le matin, rien ne parvenait plus à la calmer. Nous faisons alors un large débridement crucial de la gencive recouvrant la dent de six ans inférieure droite, au galvano-cautère. Dans la profondeur de la plaie, nous sentons à la sonde exploratrice, la face triturante de cette dent. Ses phénomènes douloureux disparaissent immédiatement. Ils ne se sont pas reproduits.

Observation IV

Accident d'éruption de la dent de six ans inférieure droite
Gingivo-stomatite et trismus

En mai 1893, nous est amené, à l'hôpital Saint-Antoine, à la consultation du docteur Monod, dont nous avions l'honneur d'être l'interne, un jeune garçon de 6 ans et demi, pâle, amaigri, l'haleine horriblement fétide ; un trismus intense l'empêche d'ouvrir la bouche de plus d'un demi-centimètre ; il présente une légère tuméfaction de la face au niveau de la moitié inférieure de la joue droite.

Il n'avait aucune dent douloureuse, nous dit la mère ; mais depuis cinq à six jours, il se plaignait d'un peu de gêne au niveau de la gencive inférieure droite, quand l'avant-veille, des douleurs se manifestèrent sur le trajet du dentaire inférieur de ce côté, avec irradiations particulièrement pénibles dans l'oreille.

Nous constatons que toute la face externe du maxillaire inférieur à droite est extrêmement sensible au toucher, un peu plus chaude que la région voisine, que les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux. Léger état fébrile.

Vu l'impossibilité d'ouvrir la bouche, nous nous contentons d'ordonner de fréquents lavages à l'eau phéniquée faible, avec un irrigateur, la tête penchée en avant ; nous conseillons un peu de sulfate de quinine, des toniques.

Le lendemain matin, l'état général et local est très notablement amélioré, l'enfant entr'ouvre mieux la bouche, les douleurs ont complètement cessé.

Il nous est alors possible de constater l'absence de toute carie, au niveau des dents de lait ; pas une dent de six

ans n'est apparente, sauf en bas, à droite, où on la voit poindre, surmontée d'un capuchon violacé, boursouflé, dont l'inflammation s'étend à la gencive et à la joue à ce niveau ; il y a là une gingivo-stomatite très intense.

La douleur qui persiste à la pression sur la face externe de la mâchoire est l'indice de la propagation au périoste de l'inflammation qui s'est étendue de là au masséter, d'où le trismus. Même traitement.

Enfin le soir même, l'amélioration est telle qu'il nous est possible de dégager la dent de six ans au galvanocautère, et de faire à ce niveau des attouchements d'eau phéniquée au 50me.

Observation V

X..., fillette de 7 ans, ulcérations très limitées occupant le côté droit de la bouche, c'est-à-dire gencives depuis le fond jusqu'aux canines, la joue sous forme d'une ligne sinueuse sur la crête d'empreinte des dents.

Chlorate de potasse, 3 grammes, en potion ; iodoforme en poudre sur les ulcérations.

(Hospice des Enfants assistés. Service de M. Sevestre, 1887).

Observation VI

James W..., âgé de 7 ans, est pris, vers la fin de décembre, d'un gonflement dur, douloureux, siégeant au-dessus de l'os hyoïde.

La mère nous raconte que son enfant se plaint de violentes douleurs dentaires depuis trois semaines. En même

temps, les mouvements de la bouche sont peu étendus. La langue légèrement indurée, est fixée sur le plancher de la bouche. Le malade est incapable de la tirer hors des arcades dentaires.

En soulevant la langue, on trouve le plancher de la bouche tuméfié, rouge, induré. En arrière de la symphyse du menton, dans le voisinage du frein de la langue, un trajet fistuleux, qui descendait jusqu'à l'os hyoïde et donnait issue à une certaine quantité de pus.

Observation VII

Société d'hypnologie et de psychologie (Séance du 26 avril 1904. Présidence de M. le Docteur Jules Voisin). Changement de caractère au cours d'une évolution dentaire.

M. Demouchy rapporte l'observation d'un enfant qui présenta de l'agitation, des crises nerveuses, des accès de colère et de violence, ainsi qu'un besoin irrésistible de répondre à toute interrogation par des mots orduriers et des injures. On a déjà porté le diagnostic de méningite avec pronostic fatal. En réalité, l'état mental est sous la dépendance d'un trismus, avec infection buccale, survenue chez un enfant à l'occasion de l'évolution de la molaire de six ans. Le traitement de l'infection buccale permet de triompher rapidement du trismus et l'état mental disparaît.

Observation VIII

(Personnelle)

M... D., fils d'un médecin, 6 ans et demi, bonne santé, enfant vigoureux, pas d'antécédents pathologiques, tous sait fréquemment et sans cause toutes les nuits.

Une angine se déclara quelques jours après avec de la

sensibilité à l'extrémité de l'arcade dentaire droite. Il y a de temps en temps rougeur de la pommette du même côté et légers engorgements ganglionnaires sous-angulo-maxillaires.

Il y a le soir de la fièvre, 38°8 ; elle se renouvelle dans la soirée et la nuit. Le sommeil est interrompu et agité.

Historique. — Il y a huit jours, en pleine santé, cet enfant ressent une douleur vague à l'extrémité droite de la mâchoire inférieure ; cette douleur s'irradie vers le côté correspondant de l'arrière-bouche ; c'est un sentiment de brûlure, de picotement, accompagné d'un peu de sensibilité sur la dernière molaire de lait.

Le lendemain, état saburral, inappétence, un peu de dégoût et comme un état nauséeux ; par intermittence un mouvement fébrile appréciable. Difficulté de la déglutition, sentiment de chaleur et de sécheresse dans la bouche. Douleurs plus profondes dans la région molaire. Rougeur et élévation de la température de la joue droite.

L'enfant a perdu sa gaîté, il est abattu, se plaint de la gorge, tousse.

Purgatifs, des gargarismes à l'acide thymique et potion, apportent peu de modification à l'état général et local.

La bouche, examinée par le docteur Eyssautier et le père de l'enfant, présente l'état suivant :

Une bosselure accusant le relief de la première molaire en voie d'éruption, nous frappe d'abord ; la muqueuse qui la recouvre est tendue et injectée ; sur deux petites franges, on voit de petites ulcérations ; une traînée rougeâtre va de cette dent au pharynx.

Incision immédiate du capuchon gingival, qui est enlevé en bloc, lavages au thymo-tartrate. Abaissement immédiat de la température, amélioration générale et locale par diminution des accidents, sommeil possible, suppres-

sion de la toux et de l'angine. Au troisième jour, guérison.

Observation IX

(Personnelle)

M. B... Pierre, 6 ans et demi. Excellente santé, robuste. Vers le 29 juin, fatigue générale, rougeur de la face, un peu de fièvre, toux quinteuse, langue sèche, saburrale, se plaint de douleurs de dents gênant la mastication au fond de la bouche et à gauche, difficulté d'avaler.

1er et 2 juillet. — L'état est sensiblement le même, la face est gonflée, pâle et luisante ; à gauche, douleur un peu plus vive au niveau de la première grosse molaire.

3 juillet. — Saillie de la dent, boursouflement de la calotte gingivale, fièvre avec intermittences et accalmies, l'haleine est forte, toux.

4 juillet. — Agacement, gêne, tension, ramollissement et ulcération du capuchon gingival, inappétence, un peu de stupeur.

5 juillet. — Aggravation de l'état général et local, quelquefois fièvre intense, insomnies, rêvasseries, plaintes, douleurs sourdes, ganglions sous-maxillaires pris. L'enfant se plaint de ses dents inférieures gauches. Névralgies faciales, un peu de difficulté d'ouvrir la bouche, œdème.

6, 7 et 8 juillet. — Tuméfaction de l'angle de la mâchoire, douleurs d'oreilles, infiltration de la paupière inférieure ; la pression, même légère, provoque une sensibilité excessive. Du côté de la bouche, ulcération de la gencive et saillie prononcée de la dent ; la palpation sur ce point y détermine une douleur lancinante qui provoque des cris et on peut se rendre compte, par une exploration plus

complète, que cette dent, en voie d'éruption, est la cause de tous ces désordres.

Le 9 juillet, on se décide à intervenir par un débridement du capuchon gingival, qui est enlevé en totalité et donne issue à du tissu mortifié; irrigations avec une seringue ; diminution de sensibilité ; lavages de bouche. Il ne sent plus de battements, la sensation de tension diminue ; la nuit est bonne. Disparition des douleurs presque totale ; la tuméfaction est sensiblement diminuée ; il persiste de l'infiltration.

Le malade accuse un mieux appréciable ; il avale sans difficulté, prend un peu de nourriture, dort bien ; plus de fièvre. L'amélioration est marquée et on prévoit la guérison prochaine.

CONCLUSIONS

Malgré les dénégations de quelques auteurs pour lesquels les accidents de dentition sont des faits imaginaires, la dent de six ans, sorte de dent de sagesse de l'enfance, pas plus que la seconde grosse molaire ou dent de douze ans, n'effectue pas toujours normale son éruption. Elle s'accompagne, assez souvent, d'accidents, et en particulier d'une stomatite qu'on pourrait appeler une stomatite de dentition : la gingivo-stomatite ulcéro-membraneuse.

La cause vraie de ces manifestations pathologiques est d'autant plus difficile à rechercher et à établir, qu'elle demeure la plupart du temps ignorée, parce que les investigations du médecin, trompé par les apparences, s'égarent loin du point de départ.

Ces accidents, tout à fait comparables à ceux de la dent de sagesse (la première et la troisième grosse molaire, ayant la même position sur le maxillaire, à des âges différents, leur évolution, et surtout leur éruption présentant les plus grandes ressemblances), se divisent en accidents généraux et en accidents locaux. Les troubles locaux ont le plus d'importance ; ils sont muqueux, osseux ou nerveux, et ils peuvent être mécaniques, mécaniques et infectieux ou infectieux.

Deux processus en règlent la pathogénie et le mécanis-

me : l'apparition de la dent de six ans et l'accroissement du maxillaire. Un troisième processus vient souvent les compliquer.

Le tableau symptomatologique est changeant et contradictoire, à début insidieux, avec période d'invasion brusque. Il comprend les troubles prodromiques, généraux, locaux, de voisinage, sympathiques et fonctionnels.

Ces troubles se traduisent par de l'inappétence, du malaise, de la courbature, la céphalalgie, de la fièvre, une soif vive, un état saburral de la bouche, un peu d'hébétude, du changement de caractère, des névralgies, de l'insomnie, une toux spasmodique, de la difficulté de mastication et de déglutition. Sur le siège du travail éruptif, dans la bouche, c'est une sensation de gêne, de pesanteur, de brûlure, puis se produit du boursouflement de la muqueuse, auquel succèdent l'inflammation et l'ulcération de cette membrane, le tout accompagné de douleurs quelquefois sourdes, parfois lancinantes. Enfin, dans le périmètre de voisinage, c'est l'ostéite, la périostite, la contracture, l'œdème, l'adénite, la glossite, l'amygdalite et même le spasme œsophagien, l'otite, etc., etc.

Deux éléments préciseront le diagnostic : l'âge du sujet et l'éruption de la dent : quand, entre cinq et sept ans, la dent de six ans sera en imminence d'éruption et manifestera sa présence par le relief de sa forme et le soulèvement du capuchon muqueux et que, par ailleurs, on trouvera réalisé l'ensemble de symptômes énumérés, qu'on aura reconnu, en outre, non une simple concomitance entre les divers phénomènes morbides mais un rapport causal, surtout quand à tout cela viendra s'ajouter l'unilatéralité des accidents et la toux spasmodique, on se trouvera en possession de caractères de grande valeur, pour étayer même un diagnostic différentiel.

Quant au pronostic, à côté de formes bénignes, on en rencontrera de graves. L'ensemble de la marche est comme l'affection, irrégulier, et la durée en est variable d'une à dix semaines.

Le traitement résidera avant tout, dans une rigoureuse antisepsie de la bouche par des lavages copieux et fréquents. Les ulcérations et la gingivo-stomatite seront justiciables de l'acide chromique, de la teinture d'iode, de la poudre d'iodoforme, du stérésol, etc. Quand le capuchon gingival fera obstacle à l'éruption, on l'incisera en bloc. La médication tonique sera un auxiliaire précieux. Les nervins trouveront leur indication. En cas de complications graves, de phlegmons, par exemple, la dent sera sacrifiée.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 17 juillet 1908.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 17 juillet 1908.
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !